Nr. 12. W Krakowie, dnia 24 Marca 1877 r. Rok XVI.

BIURO REDAKCYI
Ulica Grodzka Nr. 73.
ADMINISTRACYJA
Ulica Szewska Nr. 207.
Ekspedycyja miejscowa w księg. St. Krzyżanowskiego Rynek główny Nr. 30.

Przedpłatę przyjmują: 1) Administracyja; 2) Ajencyje obok wymienione; 3) w Król. Polskiém i w Ces. Rosyjskiém Urzędy poczt.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

wychodzący pod redakcyją

Prof. Dra L. Blumenstoka.

Wychodzi co sobota w objętości 1—1½ arkusza.

Rękopismy zwracają się tylko w skutek wyraźnego zastrzeżenia.

Ajencyje główne: w Warszawie w księgarni *Gebethnera* i *Wolffa*, w Poznaniu w księgarni *M. Leitgebra* i Wsp.

Cena Przeglądu Lekarskiego wynosi: w Krakowie: rocznie złr. 6, półrocznie 3, kwartalnie 1·50 w Ces. Austryjackiém: 6·00, 3·30, 1·80, w Ces. Niemieckiém: 14. 7, 3·50 marek: w Królestwie Pol. i Ces. Rosyjskiém, a mianowicie: w Warszawie: rocznie 5 Rsr. półrocznie 2½ Rsr. na Prowincyi: 6 i 3 Rsr. — Cena ogłoszeń, które przyjmuje Redakcyja wynosi: Za wiersz drobny (petit) lub miejsce tegoż po 5 ct. Numer pojedyńczy kosztuje 15 ct.

I. O skurczowym szmerze mózgowym u dzieci.

Napisał Dr. Antoni Jurasz,
Iszy asystent polikliniki lekarskiéj i docent prywatny w uniwersytecie hejdelberskim.

(Streszczenie rozprawy habilitacyjnéj napisanéj w języku niemieckim, a przedłożonéj Wydziałowi lekarskiemu w Heidelbergu d. 8 grudnia 1876 r.)

Skurczowy szmer mózgowy odkrył w roku 1832 Dr. Fisher, lekarz w Bostonie, u słabowitego, 2½ roku liczącego dziecka, które cierpiało na puchlinę mózgową. Czaszka nadzwyczaj była wielką, ciemiona i szwy nie były zarosłe. Przyłożywszy przypadkiem ucho do wielkiego ciemienia, które było naprężonem i widocznie tętniało, usłyszał Fisher głośny i wyraźny szmer skurczowy, powtarzający się równocześnie z tętnem i ciemieniowém tętnieniem. Szmer występował także po nad innemi miejscami czaszki, przedstawiał cechę szmeru dmuchającego i był podobnym do tych szmerów, które napotykamy w wadach zastawkowych serca. W tym przypadku jednak ani serce, ani tętnice szyjowe, ani inne naczynia żadnych nie wykazywały nieprawidłowości. Szmer skurczowy dokładnie można było odróżnić od szmerów oddechowych i głosowych. W miarę, jak objawy puchliny mózgowéj ustępowały, ciemię i szwy zrastały się i dziecko wyzdrowiało zupełnie; znikł także i szmer skurczowy po nad głową.

Postrzeganie z jednéj strony wielu innych przypadków chorób mózgowych, w których szmer stwierdzono, a z drugiéj istót zdrowych, zwłaszcza dzieci, u których tego objawu niebyło, przekonało Fishera, iż szmer skurczowy ponad głową uważać należy za oznakę zmian w mózgu i że w stanie zdrowia nigdy się nie zdarza.

Już w roku 1833 (*The medical magazine.* 1833. Nr. 15.) podał Fisher spostrzeżenia swe do wiadomości lekarskiéj, w roku zaś 1838 (*The american Journal of the medical sciences 1838.*) ogłosił obszerniejszą pracę o osłuchywaniu głowy, i o znaczeniu onego pod względem rozpoznawania chorób mózgowych. Wynik badań Fishera był następującym: Szmer mózgowy nie tylko pewnym jest objawem cierpienia mózgowego, ale nadto w miarę cechy dozwala cierpienie to dokładnie rozpoznać. Powstaje zaś w naczyniach podstawowych, które się zwężają pod naciskiem spoczywającego na nich mózgu.

Odkrycie Fishera nie zrobiło w świecie lekarskim żadnego wielkiego wrażenia. Znalazło się wprawdzie kilku badaczy, którzy podjęli poszukiwania w tym kierunku, jednak doszedłszy do ujemnych tylko rezultatów, tém większe wzbudzili powątpiewanie w prawdziwość jego podań. I tak Vernois w 8 — 10 przypadkach zapalenia opony mózgowéj napróżno szukał skurczowego szmeru, a nawet Dr. Stille, lekarz w Filadelfii, który osobiście u Fishera zapoznał się z jego sposobami sprawdzania szmeru, nie zdołał wśród dwuletnich obserwacyj zdania jego potwierdzić. Nakoniec Roger i Barth (*Traité pratique d'auscultation 1851.*) wspominają, że szmeru mózgowego w chorobach mózgu nigdy nie słyszeli.

Gdy w ten sposób sprawa badań Fishera zdawała się być rozstrzygniętą, wystąpił w roku 1843 amerykański lekarz Whitney z pracą (*The american Journal of the medical sciences. 1843.*), w któréj posunął się w twierdzeniach swych daléj jeszcze od Fishera. Whitney zapewniał bowiem, iż wśród pewnych mózgowych cierpień słyszeć można ponad głową oprócz znaków przez Fishera odkrytych, głos drżący, tak zwany bek kozi (*aigophonia)* albo drżenie kocie *(frémissement cataire)* albo też gruchanie (*cooing sound).*

Pracę Withneya prawie zupełnie pominięto milczeniem. Zdawało się, iż sprawa szmeru mózgowego całkiem poszła w niepamięć. Później pobieżne tylko w literaturze znajdujemy wzmianki, i tak u Baadera *(Über das Cerebralgeräusch als Zeichen des beginnenden chr. Wasserkopfes etc. Journ. f. Kinderkrankh. Bd. X. 1848.)*, który opierając się na swém doświadczeniu uznał szmer mózgowy za pierwszy objaw rozwijającéj się puchliny mózgu. Tego samego zdania był Lund *(Über die gluckliche Behandlung eines an Hydroceph. chr. leidenden Kindes etc. Journ. f. Kinderkrankh. Bd. XX. 1853.)*, który z jednego tylko przypadku wnioskując, tę samą wartość rozpoznawczą szmerowi w mowie będącemu przypisał.

Ogólną uwagę zaczął zwracać na siebie szmer mózgowy dopiero od roku 1853, gdy Rilliet i Barthez (*Traité clin. et prat. des maladies des enfants. I. éd.)* uznali go za cechującą oznakę krzywicowego rozrostu mózgu i za ważny objaw, rozstrzygający wątpliwość rozpoznawczą w tych przypadkach, w których trudno jest rozróżnić rozrost od puchliny mózgu. Po nich pierwszym, który się szczegółowo zajął badaniami nad szmerem mózgowym był Wirthgen (*De strepitu, qui in capite auscultando audi-*

tur. Diss. inaug. Lipsiae. 1855.). W sumiennéj i pilnéj swéj pracy starał się przedewszystkiem wyświecić, o ile twierdzenie Rillieta i Bartheza zasługuje na wiarę, następnie usiłował na podstawie licznych spostrzeżeń klinicznych wykazać, jaką szmer ma cechę, kiedy się zdarza, jakie ma znaczenie i w jaki powstaje sposób. Wirthgen doszedł przytém do następujących wyników: Szmer mózgowy zawsze jednę tylko ma cechę; jest skurczowym, urywanym i dmuchającym. Zdarza się jedynie u dzieci w pewnym okresie rozwoju, pomiędzy 5tym miesiącem a 5tym rokiem, najczęściéj występując około 1go aż pod koniec 4go roku życia. Ciałotwór o tyle wpływa na częstość szmeru, o ile ostatni zawsze prawie u dzieci silnie zbudowanych i dobrze odżywianych się pojawia. Wirthgen uznał ztąd szmer mózgowy nie za objaw cierpienia, ale za całkiem prawidłowe, fizyjologiczne zjawisko. Powstanie jego tłumaczył sobie w ten sposób, iż rozkurcz tętnic podstawowych i ich gałęzi udziela się kościom czaszkowym, jedynie miękkiemi błonami z sobą spojonym, że kości przez to równocześnie z rozkurczem drgają i że drgania te wywołują szmer, który się niejako skupia po nad ciemieniem i najgłośniéj objawia.

Na uzasadnienie swéj teoryi przytacza Wirthgen tę okoliczność, iż szmer tém jest głośniejszym, im tętnice silniéj biją i im silniejszemi przez to są drgania kości czaszkowych. Przyczynę, dla któréj szmer przed 5tym miesiącem życia nie występuje, upatruje Wirthgen w téj okoliczności, iż kości czaszkowe nazbyt luźno są z sobą połączone i że przez to drgania skupić się nie mogą; po roku zaś 5tym znika szmer dla tego, iż kości są zrosłemi a ciemię zamkniętém. W wyjątkowych razach można i po 5tym roku życia szmer ponad głową usłyszeć, gdy równocześnie zachodzi wada serca. Ciemię o tyle wywiera wpływ na szmer mózgowy, o ile w razie naprężenia jego, ostatni jest wyraźniejszym i głośniejszym. Co do zdania Rillieta i Bartheza przytacza Wirthgen kliniczne dowody, iż szmer wśród puchliny mózgowéj niewątpliwie stwierdzać można. Szmer jest w takim razie słabym, jeżeli się serce słabo tylko kurczy, albo głośnym przy mocném biciu tętnic. Wzmocnienie szmeru nastąpić może skutkiem wzmocnienia drgań kości czaszkowych przez drgania płynu śródczaszkowego. I wśród krzywicowego rozrostu mózgu może być szmer mózgowy bardzo głośnym, a to z tego powodu, że wtedy tętnice mocniéj biją i drgania wzmacniają się przez drgania przerosłego mózgu, który natenczas podobną rolę odgrywa, jak zwątrobiałe płuco wśród zapalenia dławcowego.

Ażeby pracę ucznia swego Wirthgena szerszemu kołu badaczy uczynić przystępną i sprawę szmeru dokładniéj jeszcze wyświecić, ogłosił Hennig (*Uber die bei Kindern am Kopfe und am Obertheile des Rückgrates wahrnehmbaren Geräusche. Archiv. f. phys. Heilkunde 1856.*) w roku 1856 szczegółową pracę, w któréj wystąpił z nową teoryją powstawania szmeru mózgowego. Teoryja ta uderza oryginalnością, ale zarazem i nieprawdopodobieństwem swojém. Nasamprzód przekonał się Hennig, równie jak Wirthgen, iż szmer mózgowy tylko w pewnym okresie życia dziecięcego się zdarza, a mianowicie pomiędzy 20tym tygodniem a 6tym rokiem. Daléj zgadza się Hennig z Wirthgenem pod tym względem, że dzieci z szmerem mózgowym prawie zawsze są zdrowe i silne. Co do miejsca, w którem szmer powstaje, twierdzi Hennig, iż tętnice są tylko pośredniczkami, szmer bowiem ma swe siedlisko w żyłach, a mianowicie w podłużnéj górnéj zatoce mózgowéj. Sposób jego powstania ma być następującym: Za każdorazowym rozkurczem tętnic unosi się mózg i wywiera ucisk na wspomnioną zatokę. Nacisk ten szczególniéj jest wybitnym w dwóch miejscach, tj. tam, gdzie zatoka przechodzi na ciemię i gdzie z ciemienia zchodzi ku tyłowi czaszki. W miejscu ciemienia nacisk jest najmniejszym,[1] albowiem ciemię wypukla się, a z niém i zatoka. Skutkiem tego nacisku w dwóch przytoczonych miejscach powstaje skurczowe zwężenie żyły i tętno żyłowe, a jako następstwo zwężenia zaburzenia skurczowe, krążenia i szmer, który zazwyczaj najwyraźniejszym jest po nad ciemieniem, jako miejscem swego powstania. Jeżeli szmer nadto występuje w okolicy skroniowéj, natenczas siedliskiem jego są gałęzie zatoki, które tu wedle Henniga nieraz bardzo są grube, a w stanie nieprawidłowym nawet co do grubości przewyższać mogą zatokę mózgową. Powstanie szmeru ma tu być tego samego rodzaju, co po nad ciemieniem. Wedle swéj teoryi twierdzi Hennig, iż szmer jest tém głośniejszym, im czaszka przy niezarosłém ciemieniu więcéj jest skostniałą, albowiem wówczas i zwężenie żyły pod skurczowym naciskiem mózgu daleko jest wybitniejszém. Następnie szmer będzie tém głośniejszym, im dziecko jest silniejszém i lepiéj rozwiniętém. Nareszcie szmer wzmacnia się przez nieprawidłowy skład krwi (niedokrwistość). Co do stanów, wśród których szmer się zmniejsza, przytacza Hennig głównie wynędznienie dzieci, zwłaszcza jeżeli czaszka jest miękką i niezarosłą. Podobny wpływ wywiera skostnienie czaszki i wyleczenie się z wodnicy (*hydraemia*). Dowody na powyższe twierdzenie znajduje Hennig w swych i ucznia swego (Wirthgena) klinicznych spostrzeżeniach. Szmer mózgowy wreszcie znika, skoro czaszka całkiem skostniała a ciemię zarosło, albo gdy dzieci nadzwyczaj są słabe i wynędzniałe. Oprócz tego szmer nie zdarza się wśród mocnego przekrwienia mózgowego, wysięków i wylewów krwi w mózgu i wreszcie w tych przypadkach, w których krążenie krwi w zatoce skutkiem zakrzepicy ustało. Ostatniego twierdzenia Hennig żadnym klinicznym nie popiera dowodem, jednak jest przekonanym, iż obserwowanie szmeru i stwierdzenie jego zniknięcia byłoby jedynym pewnym objawem kwoli rozpoznania klinicznego zakrzepicy zatokowéj.

W tym czasie, gdy w Niemczech ukazały się powyższe dwie prace, zajmował się we Francyi Roger, ten sam, który w roku 1841 do ujemnych tylko doszedł był wyników, poszukiwaniami nad szmerem mózgowym. Doświadczeuia swe jako owoc kilkuletniéj pracy przedłożył paryzkiéj akademii w roku 1859. (*Recherches cliniques sur l'auscultation de la tête. Bullet. de l'acad. impér. XXV.*) Roger dzieli szmery mózgowe na zewnętrzne fizyzyjologiczne (*extrinsèques)* i wewnętrzne patologiczne (*intrinsèques*). Do piérwszych liczy szmer przy ssaniu, połykaniu, oddychaniu i szmer głosowy, do ostatnich zaś jedynie skurczowy szmer mózgowy.

Co do szmeru mózgowego twierdzi Roger, iż mylnego zdania są tak lekarze niemieccy, którzy go za zjawisko fizyjologiczne uważają, jak i lekarze amerykańscy, którzy w nim upatrują objaw choroby mózgowéj. Piérwszym przedstawia z swych spostrzeżeń 33 przypadki, w których dzieci w wieku od 7go dnia aż do $1\frac{1}{2}$ roku, następnie w 7ym i w 14tym roku całkiem były zdrowe a jednak szmeru mózgowego nie przedstawiały, drugim zaś wylicza 11 spostrzeżeń klinicznych, w których nie zachodziła żadna choroba, przynajmniéj żadna choroba mózgu, a jednak szmer można było najwyraźniéj słyszeć. Z przeszło 300 obserwacyj, w których Roger szmer mózgowy badał i w których miał do czynienia albo z chorobami mózgu albo z zaburzeniami krwi albo też z innemi cierpieniami, przekonał się, iż szmer mózgowy u małych dzieci bardzo się często pojawia wśród niedokrwistości i że jest pewną tego zaburzenia oznaką.

Praca Rogera przyjęta we Francyi z wielkiem uznaniem wywołała powtórne wystąpienie Bartheza i Rillieta

Gazette médicale de Paris. 1859.), którzy stanęli w obronie dawnego swego zdania, iż szmer uważać należy za objaw rozróżniający krzywicę od puchliny mózgowéj. Po ich stronie stanął w roku 1861 Henoch (*Beiträge zur Kinderheilkunde. Berlin 1861.*), który szmer również uznał za objaw towarzyszący krzywicy. Powstawania jego nie odważył się wytłumaczyć, jednak uważał za pewnik, iż siedzibą szmeru są naczynia podstawowe.

W roku 1862 ukazała się obszerniejsza praca o szmerze mózgowym, napisana przez Steffena (*Bericht aus der Kinderheilanstalt zu Stettin. Journ. f. Kinderkrankh. Bd. XXXVIII. 1862.*), który zastanawiając się nad swemi spostrzeżeniami odnoszącemi się do 102 przypadków, do następujących dochodzi wniosków: Szmer mózgowy jest objawem patologicznym, oznaczającym nieprawidłowy, lecz nie dający się bliżéj oznaczyć skład krwi, który pomiędzy innemi może być także przyczyną rozwoju krzywicy. W krzywicy najczęściéj pojawia się szmer, chociaż go w niektórych przypadkach niema. Odżywienie o tyle wywiera wpływ na szmer, o ile tenże częstszym jest u silnych, aniżeli u słabowitych dzieci; co się zaś wieku dotyczy, to najczęściéj zdarza się szmer aż do 3go roku życia, ponieważ w tym wieku skutkiem szybkiego rozwoju ciała łatwo powstaje nieprawidłowy skład krwi. Miejscem powstania szmeru są tętnice podstawowe i szyjowe. Szmer mózgowy prawie zawsze równocześnie występuje ze szmerami w tętnicach szyjowych.

Pod względem znaczenia szmeru mózgowego tego samego zdania co Steffen jest Ritter v. Rittershain (*Die Pathologie u. Therapie der Rhachitis. Berlin 1863.*) przypisując mu zawsze tylko znaczenie szmerów niedokrwistych. Miejsce jego powstania znajduje w tętnicach podstawowych, chociaż nie odrzucając teoryi Henniga i zatoce żylnéj przyznaje pewien wpływ na jego rozwój.

Od czasu Rittershaina a więc od lat 14 sprawą szmeru mózgowego, o ile mi wiadomo, nikt się szczegółowo nie zajmował. Badacze nowsi w dziełach o auskultacyi i perkusyi, albo też o chorobach dzieci, wspominając o szmerze mózgowym, trzymają się jednéj z powyższych teoryj. I tak A. Vogel (*Lehrbuch d. Kinderkrankheiten*) godzi się ze zdaniem Henniga, Gerhardt (*Lehrbuch der Auscultation und Percussion.*) zaś przeciwnie odnosi szmer do tętnic podstawowych, znajdując przyczynę jego powstania w zakrętach i zgięciach tych naczyń.

Z powyższego zestawienia dotychczasowych prac o szmerze mózgowym okazuje się, iż ciekawy i zajmujący ten objaw w najrozmaitszy sposób tłumaczono, i że pomimo, że więcéj niż 40 lat upłynęło od jego odkrycia, pozostał dla nas zagadką. Badacze, zajmujący się tym przedmiotem, widocznie rozpoczynali swe poszukiwania z pewném uprzedzeniem i samowolnie lub bezwiednie tworzyli teoryje a priori, z któremi starali się pogodzić spostrzeżenia kliniczne. Żadne też zdanie nie zdołało sobie zjednać ogólnego uznania, bo żadne nie jest w stanie zaspokoić badacza bezstronnego. Gdy jedni objaw w mowie będący, uważali za patologiczny, twierdzili inni, iż jest fizyjologicznym; gdy jedni miejsce jego powstania znajdowali w tętnicach, szukali go inni w żyłach; gdy jedni przypisywali mu znaczenie kwoli rozróżnienia pewnych cierpień mózgowych, przeczyli inni, jakoby posiadał jakiekolwiek znaczenie w semijotyce klinicznéj. Byli nareszcie i tacy, którzy uważając szmer mózgowy za szmer niedokrwisty, w braku innych objawów niedokrwistość z samego szmeru mózgowego rozpoznawać chcieli. Rzadko znaleść takie pomięszanie zdań, jakiego dostrzegamy w nauce o skurczowém dmuchaniu mózgowém; sprzeczności tak są wielkie, iż niniejszy przedmiot badania za nowy uważać wypada.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Rozcięcie tchawicy w zboczeniach gruźliczych krtani.

Skréślił Dr. Bolesław Sérkowski,
lekarz ordyn. w szpitalu pow. w Brzeżanach.

W podręcznikach klinicznych a nawet w obszerniejszych dziełach zajmujących się chorobami, czyto wewnętrznemi czy zewnętrznemi, rzadko lub tylko mimochodem napotykamy wzmiankę, że sprawy gruźlicze krtani wskazują potrzebę wykonywania tracheotomii; tém mniéj przypuszczają autorowie, aby operacyja ta w gruźlicy mogła być pomyślnym uwieńczona skutkiem. Zazwyczaj lekarze wychodzą z téj zasady, że gdzie gruźlica już tak wielkie zrobiła spustoszenia w krtani, iż zachodzi potrzeba przecinania jéj, by chorego od śmierci z uduszenia ocalić, tam i po tracheotomii szybkiego należy się spodziewać skonu.

Dlatego téż ani w dziele Niemeyera w rozdziałach, w których jest rzecz o różnych postaciach gruźlicy, ani w najnowszém zbiorowém dziele Ziemssena w terapii gruźlicy płuc opracowanéj przez prof. Rühlego, ani w terapii gruźlicy krtani opracowanéj przez Ziemssena (w tymże księgozbiorze) nie znajduję wzmianki nawet między wskazaniami przypadowemi, że w chorobie téj potrzeba było niekiedy użyć tracheotomii, i że po operacyi téj suchotnicy mogą cieszyć się długiém jeszcze zdrowiem. Bardeleben w swojém znakomitém dziele chirurgiczném między 8 wyliczonemi wskazaniami do téj operacyi nie wymienia sprawy gruźliczéj. Operator Dr. Szeparowicz w cennéj swéj pracy „Przyczynek do kazuistyki rozcięcia tchawicy" (Przegląd lek. 1875, Nr. 21—25) między 12ma przez siebie wykonanemi operacyjami wymienia tylko dwa przypadki gruźlicy i to jeden wątpliwy. W jednym (szóstym w jego opisie) u dziewczyny 19-letniéj rozpoznano *perichondritis arytenoidea et thyroidea tuberculosa (fortasse syphilitica)*; z powodu zwężenia krtani wykonał Dr. S. laryngotomiję ze skutkiem pomyślnym. W drugim przypadku (11tym w opisie) przyczyną zwężenia krtani, jak sekcyja wykazała, była: *Perichondritis thyroidea tuberculosa, ulcera tuberculosa tracheae.* Chory ten w dwa tygodnie po operacyi z gruźlicy gwałtownie postępującéj umarł. Wprawdzie rzadko sama gruźlica krtani bezpośrednio, lecz zazwyczaj dopiero opuchlina głośni sprawą gruźliczą wywołana wskazuje rękoczyn, ponieważ jednak i bez opuchliny głośni zboczenia gruźlicze w krtani mogą potrzebę tracheotomii wywołać, ponieważ nadto, jak 2 przypadki poniżéj opisane dowodzą, operacyja ta i na przebieg saméj gruźlicy pomyślnie może wpłynąć, zatém sądzę, że należałoby większy nacisk kłaść na rękoczyn ten w leczeniu gruźlicy krtaniowéj.

Tylko w dziele Niemeyera, w rozdziale pod napisem „Oedema glottidis" (wydanie 5te z r. 1863 str. 41) znajduję następującą wzmiankę o tracheotomii: Rękoczyn ten w ogóle lepiéj skutkuje w opuchłości nagłośni, aniżeli w dławcu, a nawet zdołał przedłużyć życie o kilka miesięcy w przypadkach, w których opuchłość nagłośni powstała w skutek gruźlicy krtani.

Dwa przypadki, które wspólnie z przyjacielem moim Drem H. Raspem obserwowaliśmy i operowali, zdają się wskazywać, że nie tylko przez miesiące ale i przez lata życie da się utrzymać, dla tego ośmielam się podać je w krótkości do publicznéj wiadomości.

Jedna przed 7miu laty operowana żyje dotychczas, druga przed 3 laty operowana w półtrzecia roku po operacyi umarła i była pośmiertnie rozbieraną. Historyja piérwszéj jest następująca:

Panna T. M., 18-letnia córka księdza unickiego, przybyła do mnie z rodzicami w pierwszych miesiącach pobytu mego w Brzeżanach tj. w końcu listopada 1869. Głównemi i najwięcéj dokuczającemi przypadami była chrypka od dwóch lat powoli się rozwijająca, i duszność od pewnego czasu się wzmagająca, która niekiedy zwłaszcza w nocy potęguje się aż do zupełnego bezdechu, tak, iż chora zrywa się z łóżka i z największém wysileniem chwyta powietrze. Przytém chora kaszle z małemi przerwami prawie od 2 lat, wyrzuca plwociny śluzoworopiaste, niecuchnące, spada z ciała i sił, a w nocy poci się. Badanie fizyczne wykazuje: cerę twarzy wybladłą, popadającą niekiedy przy większéj duszności w barwę siną, oddech zwłaszcza wdech utrudniony, przeciągły, gwiżdżący, aż w drugim pokoju słyszalny. Nad szczytem prawego płuca z przodu wyraźne stłumienie odgłosu wypukowego sięgające do 3go żebra. Szmery oddechowe nad klatką piersiową przygłuszają ów głośny szmer krtaniowy, jednak rzężenia wilgotne dają się słyszeć. Badanie za pomocą wziernika wykazuje znaczne zwężenie szpary głosowéj, zgrubienie więzadeł i zmniejszoną ich ruchomość przy wydawaniu głosu, zaczerwienienie błony śluzowéj nakrywki, chrząstek nalewkowych i w ogóle całego otoczenia więzadeł.

Chora miała już paczkę przepisów lekarskich wyczerpujących niemal arsenał apteczny, używała rozmaitych wód mineralnych, lubo tylko w domu, bez wielkiego skutku. Objawów kiłowych nie było ani dawniéj ani obecnie. Rodzice żyją dotąd i są zdrowi.

Na podstawie powyższego obrazu, a głównie na podstawie wyraźnego stłumienia odgłosu wypukowego w szczycie prawego płuca, kaszlu dwa lata trwającego, gorączki, potów, upadku sił, przypuściłem, że choroba polega na sprawie gruźliczéj, która głównie w szczycie prawego płuca i w krtani się usadowiła. Że stłumienie to nie było tylko pozorném, stwierdził wkrótce i kol. Rasp, a nawet przez parę lat późniéj ono się jeszcze dało wykazać lubo w mniejszym stopniu i rozległości. Na téj zasadzie rodzicom przedstawiłem małą nadzieję wyzdrowienia, i oświadczyłem, iż jeżliby się jeszcze wzmogła duszność, nie pozostanie inny środek do przedłużenia życia, jak wykonanie tracheotomii, i to bez rękojmi przyszłego wyzdrowienia.

Potrzeba ta rychło zaszła, ponieważ właśnie owa podróż dwie mile do mnie i tyleż z powrotem wynosząca i w słotnéj porze przedsięwzięta, tak pogorszyła stan choréj, że przybywszy w parę dni późniéj (4 grudnia 1869) do niéj na wieś zastałem ją w skutek bezdechu od przytomności odchodzącą, oddech jeszcze mocniéj swiszczący, głos cichy, bez dźwięku, szepczący. Gdy kolega Rasp również uznał niezbędną potrzebę tracheotomii i rodzice na nią się zgodzili, przystąpiliśmy bezzwłocznie 5go grudnia do operacyi, którą kol. R. przy méj i pana S. pomocy wykonał. Stan przed i podczas operacyi tak był przerażający, iż lada chwila obawialiśmy się śmierci choréj pod nożem, zwłaszcza gdy usunięcie się tchawicy wraz z otworem w niéj zrobionym na bok i ku tyłowi przedstawiało znaczne trudności przy wprowadzeniu rurki do tchawicy; zaiste położenie lekarzy w takim razie w domu rodziców tracących ukochaną córkę podczas operacyi nie byłoby zazdrości godném i pozostanie nam na zawsze w pamięci. Na szczęście po przezwyciężeniu téj trudności nastąpiła zupełna zmiana sceny, chora zupełnie się uspokoiła i zapadła w sen głęboki 48 godzin trwający (po 4 nocach bezsennych), oddech był płytki, kiedy niekiedy tylko głębokiemi westchnieniami albo napadami kaszlu przerywany.

Odtąd polepszenie wśród pewnych wahań ale trwale postępowało; na nowy rok 1870 tj. w 4 tygodnie po operacyi chora poczęła wstawać z łóżka. W tym czasie tętno było jeszcze przyśpieszone, mowa po zatkaniu rurki wyraźniejsza niż była dawniéj, ale zawsze gruba, chrypliwa, bez dźwięku, kaszel zawsze częsty z wykrztuszaniem wielkiéj ilości plwocin ropiastych (przez rurkę) połączony, naciek w płucu prawém do 3 lub 4 żebra sięgający. Zalecono wodę szczawnicką z mlékiem, krople żelazne i pędzelkowanie połyku i krtani roztworem azotanu srebrowego. Rurkę spręźnikową zastąpiono rurką srebrną, jako do czyszczenia łatwiejszą i nie wydającą nieprzyjemnego zapachu spręźnika. Pół roku upłynęło wśród używania mleka, wody szczawnickiéj i żelaza, zanim chora nasza przyszła do siebie, tj. nabrała zdrowéj cery, nabrała ciała, przestała tak wiele flegmy wyrzucać; kaszel w zupełności dopiero po roku ustał, a rurkę musiała nosić przez dwa lata, gdyż często powtarzane próby przez zatkanie koreczkiem rurki (po wyjęciu rurki wewnętrznéj) wskazywało, że oddychanie drogą zwyczajną ciągle było jeszcze utrudnioném. Stopniowo dopiéro przyzwyczajono chorą do oddychania drogą zwyczajną przez zatykanie rurki koreczkiem a po 2 latach rurkę dopiero na zawsze oddalono, przekonawszy się za pomocą wziernika, że z dawnych zboczeń w krtani pozostało tylko zgrubienie więzadeł głosowych; znikło zaś zwężenie głośni i zaczerwienienie, a ruchomość więzadeł powróciła. Zgrubienie więzadeł tłumaczy nam téż nieprawidłowość głosu, który pozostał na zawsze nieco chropowatym i do głosu męzkiego zbliżonym. Stępienie odgłosu wypukowego jeszcze i po 2 latach dało się wykazać, ale było tylko nieznaczném; późniéj choréj nie badałem, ale widuję ją cieszącą się dobrém zdrowiem i doskonale odżywianą.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Nowy sposób znieczulenia przy wyjmowaniu zębów.

Podał **Dr. Karol Goebel** w Krakowie.

Już dawno myślano nad tém, ażeby operacyję wyjmowania zębów, która chociaż trwa krótko, należy przecież do najboleśniéjszych, uczynić dla chorego znośniéjszą, a mianowicie, ażeby sprowadzić podczas jéj trwania znieczulenie chorego. Zwykłe środki, używane do znieczulenia ogólnego, jak eter i chloroform, nie dają się zastósować do téj właśnie operacyi, już dla tego, że znieczulenie trwa za długo, zwłaszcza jeżli idzie o wyjęcie jednego tylko zęba, już dla tego, że chloroformowanie nie zostaje w żadnym stósunku do tak małéj operacyi, jaką jest wyjęcie zęba, już też dla tego, że wymaga zawsze pomocy drugiego lekarza, i wreszcie, że jest środkiem nie bardzo bezpiecznym. Zalecany w ostatnich czasach tlenek azotu, nie jest również środkiem tak bezpiecznym, jak o nim głoszono; gdyż zbyt często występuje przy użyciu jego, sinica, (jakem miał sposobność przekonania się o tém podczas bytności méj w Berlinie), a kilka wypadków śmierci również zostało ogłoszonych. Jedyną zaletą tego środka jest to, że znieczulenie trwa bardzo krótko.

Starano się więc wywołać podczas trwania tego rękoczynu znieczulenie miejscowe, jako najodpowiedniéjsze w tym przypadku. Przyrząd Richardsona, służący do zamrażania, którego również przez dłuższy czas używałem, jest dla tego niedogodnym, iż zamrożenie czasem długiego dość wymaga czasu; daléj, że zamrażanie dziąseł w szczęce dolnéj połączone jest z wielkiemi trudnościami. Tu bowiem eter spływa na spód jamy ustnéj, tak iż dziąsło jest w ciągłéj styczności z eterem, a nowe promienie eteru nie padają wprost na dziąsło i nie są w stanie wywołać

zamrożenia. Jakkolwiek udaje się często wyjąć w ten sposób ząb bez bólu, to zwykle po zamrożeniu powstaje ból bardzo silny, wywołany nawałem krwi do dziąseł, który to nawał staje się czasem tak gwałtownym, iż wywołuje zapalenie, a nawet zgorzelinę.

Dla tego wszyscy dentyści z przyjemnością powitali broszurę Snapego, wydaną w roku 1858 i podającą nowy sposób znieczulenia miéjscowego za pomocą prądu elektrycznego przerywanego. Jak skwapliwie rzucono się z początku na ten nowy sposób znieczulenia, tak też go prędko zarzucono Główną przyczyną zniechęcenia się do niego był brak odpowiedniego przyrządu i brak odpowiednich dobrze odosobnionych kleszczy. Wtedy bowiem wyjmował Snape zęby w ten sposób, że przykładał jeden biegun za pomocą wilgotnéj gąbki do dziąsła i zęba, drugi zaś na kark, i podczas gdy prąd był w czynności, ząb wyjmował. W ten sposób uskuteczniane operacyje nie były zadawalające, gdyż ze zbyt wielkiemi połączone były trudnościami i wymagały zawsze obecności dwóch asystentów. To też było główną przyczyną, iż większość dentystów porzuciła ten sposób znieczulenia. Mimo to Snape nie dał się odstraszyć początkowém swém niepowodzeniem, robił daléj doświadczenia, aż wreszcie w roku zeszłym, a więc w 16 lat blizko po wydaniu piérwszéj swéj broszury, wystąpił z nowym przyrządem, (okazanym przy wykładzie w Tow. lek.), i ogłosił z czasem kilkaset przypadków pomyślnych wyjęcia zębów w ten sposób.

Jest to zwykły przyrząd indukcyjny; jako ciecz podniecająca służy rozczyn dwuchromanu potasowego. Przeprowadzenie prądu na ząb uskutecznia się w sposób następujący: Blaszki metalowe przymocowane są na poręczach stołka operacyjnego. Z temi blaszkami łączymy jeden drucik, który się rozdziela na dwie części i którego końce zaopatrzone są w odpowiednie haczyki. Haczyki te zakładamy na uszka znajdujące się na tych właśnie blaszkach. Drugi drucik łączymy z kleszczami, kleszcze muszą być w tym celu odpowiednio przerobione. Na rękojeści znajduje się mały otwór, w który zakładamy koniec drugiego drucika. Oprócz tego muszą być kleszcze odosobnione, gdyż doświadczenie pokazało, że jeśli prąd przechodzi w części miękkie, wywołuje bardzo nieprzyjemne uczucie a nawet ból. Dla tego przeciągnięte są kleszcze od zewnątrz lakierem, wewnętrzna zaś strona jest wolna, tak, ażeby prąd wprost na ząb mógł przejść. Jeśli wszystkie te połączenia w ten sposób są uskutecznione, chory siada na stołek operacyjny trzymając ręce na blaszkach, tak, ażeby blaszki dotykały się dłoni. Zanurzamy wtedy cynk w płyn, a prąd jest w czynności. W chwili zasadzenia kleszczy na ząb, prąd jest zamknięty, i wtenczas właśnie wyjmuje się go szybko.

Dotąd rwałem w ten sposób zębów 34:
W 19 przypadkach nie było żadnego bólu,
W 12 „ ból był znacznie mniéjszy,
W 3 „ ból był bardzo silny.

Dodać tu trzeba, że nie każdy chory umie rozróżnić uczucia od bólu; chory bowiem będąc przytomnym czuje jak mu się ząb wyjmuje, jednakowoż bólu przy tém niema; najlepiéj określiła mi to jedna z moich pacyjentek, któréj rwałem w ten sposób ząb górny trzonowy, dość silnie osadzony, i która na zapytanie moje, czy ją bolało? odpowiedziała, że właściwego bólu nie miała, że jednakowoż czuła, jak jéj się ząb wyjmowało, i że to uczucie było dla niéj przykrém. Zauważyłem, że najważniéjszą rzeczą jest oznaczenie siły prądu, gdyż prąd za słaby, nie wywiéra pożądanego skutku, a prąd zbyt silny powiększa jeszcze ból. Dla tego próbuję zwykle przed wyjęciem siłę prądu, trzymając kleszcze w prawéj ręce i przykładając palec lewéj ręki do zęba i według potrzeby siłę prądu zwiększam lub zmniéjszam.

Co się tyczy wytłumaczenia w jaki sposób powstaje znieczulenie, to Snape jest zdania, że prąd elektryczny przerywany posiada własność wywoływania rzeczywistego znieczulenia, nie wdając się w dalsze tłumaczenie tego zjawiska. Ja tłumaczę sobie to zjawisko inaczéj, mianowicie w ten sposób, iż w chwili zasadzenia kleszczy na ząb, a więc w chwili zamknięcia prądu, chory tak jest zajęty niezwykłém tém uczuciem wywołaném przez prąd, że właściwego bólu nie czuje, chociaż ból ten wrzeczywistości istnieje; popiera to zdanie i ta okoliczność, że operacyje te udają się zwykle najlepiéj wtedy, jeśli prędko zostaną wykonane, jeśli zaś ząb jest trudny do wyjęcia, i operacyja ta dłuższego wymaga czasu, natenczas zwykle się też nie udają. Zawsze wypadek dotychczasowych doświadczeń jest bardzo zadawalający i zdaje mi się, że w krótce żaden dentysta bez tego przyrządu nie będzie się mógł obejść.

IV. Oceny i wyciągi.

Prof. Förster we Wrocławiu: **Beziehungen der Allgemeinleiden und Organerkrankungen zu Veränderungen und Krankheiten des Sehorgans.** (Osobne odbicie z dzieła *Handbuch der gesammten Augenheilkunde red. v. Graefe u. Sämisch.*) Sprawozdanie Dra A. J. Laskiewicza (we Wiedniu).

W dziele tém prof. Förster nietylko wylicza wszystkie choroby i szczególne zmiany w oku, które towarzyszą różnym chorobom ogólnym lub zmianom patolog. niektórych narzędzi człowieka, ale także zastanawia się nad ciemną dotychczas ajtijologiją chorób ocznych, zestawiając wszystkie choroby wewnętrzne, które znajdują się w pewnym lub prawdopodobnym związku przyczynowym z różnemi chorobami oka.

W Iym rozdziale wylicza F. choroby oczne, występujące w cierpieniach dróg oddechowych i narzędzi krążenia i dzieli je 1) na takie, które są następstwem rozszerzenia się cierpienia wzdłuż błony śluzowéj dróg oddechowych, 2) na takie, których przyczyną jest przekrwienie żylne w skutek przeszkód w krążeniu płucném, 3) wywołane zmianami ciśnienia w tętnicach, 4) towarzyszące rozległym zmianom ścian naczyniowych, 5) zatoru tętnic gałki ocznéj i 6) towarzyszące gruźlicy prosówkowéj ogólnéj. Wiadomo, że nieżyt spojówki często towarzyszy nieżytowi jamy nosowéj lub połyku (szczególnie u pijaków) u osób cierpiących choroby nieżytowe głębszych części dróg oddechowych. Nieżyt nosowy, skoro się często powtarza, pociąga za sobą śluzotok woreczka łzawego. W zapaleniu płuc i w sprawach nieżytowych dróg oddechowych zdarza się czasem bardzo bolesny i długo trwający liszaj rogówki razem z liszajem na nosie i wargach. Przy nagle utrudnionym odpływie krwi z żył główNych, a więc i z żył oczodołu, jak np. w kokluszu, podczas wymiotów, w padaczce, łatwo może wystąpić krew z naczyń podspojówkowych; u młodych ludzi (ale zapewne tylko u dotkniętych znacznem krótkowidzeniem *dod. Ref.*) zdarza się krwotok do ciałka szklannego, jeżeli często, szczególniéj w czasie gorąca pracując w polu, schylają głowę. Rozedma płuc, przekrwienie żylne w skutek duszenia, stłuszczenie serca i przerost komórki lewéj mogą być przyczyną krwotoków siatkówki (szczególnie u pijaków *Ref.*) lub w ciałku szklanném. W stłuszczeniu serca i w ogóle w uwiądzie schyłkowym często widzimy nagromadzenie kulek tłuszczu między włóknami rogówki w czę-

ści obwodowéj téj błony, jako t. zw. łęk starości. W niedokrewności w ogóle, szczególnie jednak w tak zw. niedokrewności postępowéj krwotoki siatkówki (Biermer, Manz, Förster) bywają przyczyną upośledzenia wzroku. Knapp opisuje przypadki, w których nietylko wszystkie naczynia krwionośne ale i serce były rozszerzone, a z pomocą wziernika ocznego przekonać się było można, że i naczynia siatkówki również znacznie były rozszerzonemi. W skutek ucisku tętnicy szyjnéj, pnia bezimiennego lub tętnicy piersiowéj głównéj następuje zwężenie odpowiedniéj źrenicy. W przypadkach znacznéj niedomykalności zastawek aorty bez zwężenia ujścia prawie zawsze widzieć można tętnienie naczyń siatkówki (Becker), brakujące tylko przy niedokrewności chorego. Nagłą ślepotę w niedokrewności siatkówki napotykali Knapp i Alf. Graefe, gdy u chorych osłabionych serce kurczyło się słabo. Zatory tętnicy środkowéj siatkówki zdarzają się w różnych chorobach serca i naczyń, jako to: w zapaleniu śródsierdzia, w wadach zastawek sercowych, w tętniakach tętnicy szyjnéj, czasem jednak i bez wiadoméj przyczyny (Knapp). We wszystkich przypadkach grużlicy prosówkowéj ostréj znaleść można w jednem lub w obu oczach gruzełki prosówkowe naczyniówki (Manz, Ed. Jäger). Za pomocą wziernika poznać je można jako okrągłe, maleńkie i żółtawe, we środku białe plamki, nigdy nie otoczone naokoło brzegiem barwikowym; stanowią one gromady najczęściéj w tylnéj części naczyniówki, czasem w części równikowéj. Ponieważ gruzełki w naczyniówce bardzo wcześnie się pokazują, są więc one środkiem rozpoznawczym największéj wagi, szczególnie jeżeli nie ma zapalenia opon mózgowych grużliczego, a chorobę trudno odróżnić od duru.

W IIgim rozdziale mówi autor o chorobach oczu wywołanych zboczeniami i chorobami w narzędziach trawienia. Są one następstwem drażnienia odruchowego, albo znacznéj odmiany w składzie krwi, których przyczyną są różne ciężkie cierpienia narzędzi trawienia; wreszcie mogą nastąpić w nawale krwi do mózgu, w różnych cierpieniach narzędzi trawienia. W chorobach zębów spostrzegano (często w czasie zębowania u małych dzieci) zapalenie spojówki, nawet niedoślep i ślepotę, które minęły lub polepszyły się po wydaleniu zęba; wziernikiem znaleziono zamglenia siatkówki i zanik nerwu wzrokowego. Często widzimy w nerwobólach nerwu troistego łzawienie, zaczerwienienie oka, nawet naciek w załamkach półksiężycowych. Schmidt wykazał, że w różnych zmianach w korzeniu zębów lub w nerwobólu zdarza się niezupełne porażenie akomodacyi w oku odpowiedniéj strony lub w obu oczach, częściéj u ludzi młodych, którego przyczyną jest prawdopodobnie znaczne napięcie gałki i ucisk na nerwy rzęskowe. Przy wymiotach krwawych spostrzegano niedoślep i ślepotę (zanik n. wzrok.). U ludzi otyłych, u ludzi, którzy miary nie znają w jedzeniu i piciu, cierpiących przekrwienie lub zastoiny krwi w naczyniach brzucha, występują różnego rodzaju dolegliwości: nawał krwi do głowy, zawrót, ból głowy, zatrzymanie stolca; często spostrzegać się dają zmniejszenie akomodacyi i początki zaćmy; zboczenia te ustępują po użyciu wód karlsbadzkich, maryjenbadzkich lub Kissingen, i tylko zaćma utrzymuje się nie postępując atoli. W żółtaczce bardzo wcześnie widzimy żółtawe zabarwienia spojówki; soczewka i ciałko szklanne rzadko są siedzibą tego zabarwienia; czasem wybroczyny krwi w siatkówce. Landolt opisał 2 przypadki zwyrodnienia siatkówki barwikowego u ludzi cierpiących marskość wątroby. W białaczce śledzionowéj napotykamy choć nie zawsze zmiany w oku, najczęściéj w siatkówce; błona ta jest jaspo-żółtawo zabarwioną, tętnice cieńkie, żyły rozszérzone; znajdujemy wynaczynienia oraz gromady ciałek limfat., przeważnie w części obwodowéj siatkówki, czasem w tylnéj części. Czasem i naczyniówka, tęczówka, lub ciałko szklanne są siedzibą wybroczyn krwi. (D. c. n.)

Flemming. O leczeniu rwy kulszowéj kąpielami piaskowemi.

Autor używa w uporczywych przypadkach z dobrym skutkiem kąpieli piaskowych w sposób następujący:

Wannę drewnianą wybitą tkaniną wełnianą napełnia się do wysokości 10 — 12 cm piaskiem o ciepłocie 38 R. Na to siada chory mający na sobie tylko kaftanik tak, iż po stronie choréj między biodrem a wanną znajduje się grubsza warstwa piasku niż po stronie zdrowéj, poczém sypie się do wanny tyle piasku gorącego, by obydwie kończyny dolne i miednica zupełnie były nim pokryte, do czego zwykle 140 do 160 kil. piasku wystarcza. Chory winien siedzieć spokojnie, poczém we 20 lub 30 minut pozwala mu się zmienić położenie i dosypuje piasku w razie potrzeby nieco cieplejszego. Tak postępuje się co 20 lub 30 minut, przez co cała kąpiel trwa 1 do $1\frac{1}{2}$ godziny. Pod guzy siedzeniowe trzeba dla wygody podłożyć kawał płótna w kilkoro zwiniętego. Po takiéj kąpieli piaskowéj udaje się chory dla oczyszczenia do wanny z wodą w przecięciu o 26° R., w któréj późniéj można stósować natryski letnie lub nawet chłodne.

Zazwyczaj chorzy znoszą takie kąpiele bardzo dobrze, ruchy serca nie przyśpieszają się nic albo tylko bardzo nieznacznie a skóra na częściach piaskiem pokrytych okazuje się po kąpieli wilgotną, mocno zaczerwienioną o $1\frac{1}{2}$° R. cieplejszą niż w stanie prawidłowym. Piasek oziębia się po 30 min. w przecięciu zaledwie o 1 do 2° R. i to głównie na powierzchni. Ażeby temu zapobiedz, należy wannę podczas kąpieli nakryć derą wełnianą. Kąpieli takich w przypadkach uporczywych trzeba do 24, branych z początkiem codziennie, późniéj trzy razy tygodniowo. Podczas takiego leczenia chory winien się żywić przeważnie pokarmami płynnemi a stolec mieć codziennie, do czego najlepiéj używać lewatyw z wody letniéj.

Po skończeniu takiego leczenia chory winien unikać przez długi czas wszelkich znanych wpływów szkodliwych. Do kuracyi następowéj najwięcéj zaleca się pobyt w miejscach klimatycznych 600 — 800 metrów nad poziom morza wzniesionych. (*Berliner klin. Wochenschrift*. 1877. Nr. 11.) *D.*

Mollow. O znieczulaniu sposobem Cl. Bernarda.

Celem zmniejszenia niebezpieczeństwa, które często wywołuje użycie chloroformu, zalecał Nussbaum wstrzykiwania podskórne morfinu w okresie późniejszym tj. po pojawieniu się odurzenia. Cl. Bernard zmienił sposób ten o tyle, że wstrzykiwał morfin tuż przed zadaniem chloroformu; lecz pomimo, iż doświadczenia na zwierzętach przez niego, a na chorych przez innych odbyte, dobre dały wyniki, to jednakże sposób ten „mięszanego znieczulenia“ nie bardzo przyjął się w praktyce chirurgicznéj. Thiersch używa tego sposobu już od dłuższego czasu z bardzo dobrym skutkiem osobliwie przy operacyjach na głowie lub w połyku wstrzykując tuż przed podaniem chloroformu 0·015 — 0·03 morfinu i namienia, że chorzy tacy mimo znieczulenia mogli odpowiadać na pytania i dowolnie łykać co przy operacyjach w jamie ustnéj jest rzeczą bardzo ważną.

M. wyjaśnia na podstawie swych doświadczeń zbawienny wpływ morfinu w dwojaki sposób; raz, że po zadaniu morfinu w ogólności mniéj potrzeba użyć chloro-

formu, tak, iż ilość jego nie wystarcza do porażenia zwojów sercowych i ośrodków oddechowych; powtóre przez to, iż morfin działa przeciwnie jak chloroform wywołując w małych dawkach podwyższone ciśnienie krwi i zwężenie naczyń obwodowych; później więc do ustroju wprowadzany chloroform usuwa tylko nadmiar ciśnienia nie zniżając go pod stan prawidłowy. Opierając się więc na tych doświadczeniach wnosić można, że tak często przy chloroformowaniu wydarzające się przypadki omdlenia i zamartwicy w mięszaném znieczuleniu należeć powinny do rzadkości. (Z pracowni prof. Sokołowskiego w Moskwie. *St. Petersburg. med. Woch.* 1877. Nr. 2.) (Sposobu tego użyliśmy raz w szpitalu św. Łazarza, i o ile wolno jest wnosić z jednego przypadku, musimy potwierdzić w zupełności jego zalety; albowiem po wstrzyknięciu pod skórę 0·02 morfinu i podaniu 8·0 chloroformu w ciągu 10 minut otrzymaliśmy zupełne znieczulenie, trwające blizko 3 kwadranse bez wywołania jakichkolwiek przypadów ubocznych. *Dodatek sprawozd.*) *A. O.*

Kühne, Schnabel. **Przyczynek dalszy do optografii.**

K. przekonał się z literatury, że purpurowe zabarwienie siatkówki już przed 20 laty znaleziono u zwierząt kręgowych; natomiast nie znalazł go u nietoperza, gołębia i kury. Purpura siatkówkowa rozpuszcza się dobrze w żółci, a rozczyn przesączony jest karminowym, ale pod wpływem światła szybko barwę swoją traci. W ostatnich dniach udało się autorowi uzyskać cały zbiór optogramów w ten sposób, iż na 19 — 27 cm. od oczu wyłuszczonych królikom na szkle matowém umieszczał rozmaite figury z czarnego papieru wycinane; siatkówki ujęte, suszone na porcelanie i trzymane w ciemnicy okazywały dokładne obrazki owych przedmiotów. Siatkówki te na świetle zabarwiały się pomarańczowo i w tém zabarwieniu pozostawały trwale pomimo oświetlenia długiego. Optogramy na siatkówkach wolich są dokładniejsze i 3 razy większe od optogramów z królików. Wreszcie przekonał się K., że szkarłat siatkówki odradza się w oku wyłuszczoném żabiém w ciągu jednéj godziny. (*Centralbl. f. d. med. Wiss. 1877. Nr. 11, Orig. Mitth.*)

Schnabel przypomina, że prof. Jäger mł. już dawno wykazał, że barwa siatkówki znacznie się przyczynia do barwy czerwonéj, w któréj dno oka przedstawia się przy badaniu wziernikowém. Barwa czerwona siatkówki występuje zwłaszcza po natężeniu oka lub po dłuższym spoczynku siatkówki; zaczerwienienie to nie polega na przekrwieniu włosowatém, bo niema go czasem wśród największego przekrwienia, lecz na dostaniu się do tkaniny siatkówkowéj barwika szczególnego, według Jägera brocznika; jeżeli oko mocno natężoném zostało, przechodzi do siatkówki tyle barwika, że takowy nagromadza się w siatkówce pomimo, że ostatnia dużo go zużywa; a w stanie spoczynku dłuższego utrzymuje się również ten barwik, ponieważ nie został zużytym. Zdanie to wypowiedział Jäger przed 20 łaty (w *Oest. Zeitschr. f. pr. Heilk.* 1856. Nr. 12), mylił się tylko w przypuszczeniu, że barwik ze krwi pochodzi. (*W. med. Woch.* 1877. Nr. 11.) *L. B.*

Urywki terapeutyczne.

Choroby narzędzi oddechania.

(Ciąg dalszy.)

(*L — ski.*) **Asphyxia.**

Galwanizm. Faradyzacyja nerwu przeponowego. Bieguny elektryczne na szyi i okolicy nadpępkowéj. Często powtarzana po godzinie. W. S. Otrucie tlenkiem węgla. *Millot.* Sch. (74·7) 12. C (74) 958. Suche reofory na stosie pacierzowym i Plex. brach (między Scal. i St. cl.) zastosowane przez 2 — 3 minuty. *Lauth* Bth. I 92.

Sztuczne oddychanie. Lekarz ujmuje chorego za ramiona pod pachami podnosi go ku sobie i następnie opuszcza go ku dołowi. Wznoszenie udziela się obojczykowi i kości mostkowéj a wydychanie odbywa się w skutek sprężystości żeber. *Pacini* C. (76) 515.

Asthma, Dyspnoea.

Rp. Chloral h. 0·5 — 0·1 na dawkę WS. Asthma nervosum. (przy wadliwém rozpoznaniu szkodliwy!) *Pollak* C (74) 218. Dla dzieci starszych 0·1 — 0·2 *Guastalla.* Sch. (74·8) 151.

Rp. Chlorali h. 1·5 Chlorali croton. 0·5. W Asthma nervosum podczas snu. *Browne* Sch. (74. 12) 138.

Rp. Tinct. Bellad. po 15·— 20 — 50 kropel (!) na raz w czasie wolnym od napadów. W przypadku mocnych napadów zadawać przed udaniem się na spoczynek. W razie suchości połyku lub majaczeń zastąpić chloralem. *Wood* Gr. (75) 150.

Rp. Kal. jod. po 0·1 na dawkę i więcéj, stósownie do indywidualności, W. S. Asthma bronchiale. *Lawrie* Imch (75) 75.

Rp. Morph. mur. 1·0, Aq. 30·0} aaS. 6 kropel zmięszanego płynu do
Atrop. sulf. 0·3, Aq. 30·0}
wstrzykiwań podskórnych. W. S. Asthma spasmod. *Fourcauld.* Bth. (75. II) 189. *Bartholow* C. (75) 527.

Ostrożnie z wstrzykiwaniami morfinu, jeżeli wydzielanie moczu jest skąpe. *Gerhardt* C. (75) 1101.

Rp. Syr. Ferri arsen. oxydul 50·0, S. Co 3 — 2 godziny po łyżeczce od kawy. (Łyżeczka kaw. 5·0 = 0·001 Ferr. ox. ars.) W. S. Asthma nervosum Sch (75·4) 12. C. (75) 573.

Uciskanie klatki piersiowéj i brzucha podczas wydychania. *Gerhardt.* Sch. (74·9) 300. (D. c. n.)

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne IVte, z dnia 2lgo lutego 1877 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych 36 członków i 1 gość

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Buszek okazał przyrząd Boehra do badania wody i objaśnił sposób użycia jego.

Fizycy powiatowi i miejscy bywają często, osobliwie podczas epidemii, w kłopocie, jeżeli mają orzec, czy téj lub owéj wodzie używanéj do picia nie należy przypisać powstania jakiéj choroby. Dokładne badanie wody chemiczne jest dla lekarzy prawie niemożebném; na samém badaniu przymiotów fizycznych orzeczenia opierać nie można; a przecież potrzeba ocenić, czy woda może być używaną do picia lub nie. Pożądaném przeto będzie opisanie sposobu Boehra, który dla swéj łatwości i praktyczności zapewne ogólnie się przyjmie.

Główną trudność w badaniu wody sprawia ocenienie, jak daleko odstępuje nasycenie zabarwienia lub gęstości osadu po dolaniu pewnego odczynnika od zabarwienia lub osadu otrzymanego w wodzie przyjętéj za prawidłową, tj. do picia zdatną. Ułatwił to Boehr w ten sposób, że poprzyrządzał płyny z pewną ilością znanego składnika, jaką chcemy oznaczyć w wodzie, a dolewając odpowiednich odczynników do tych płynów, można z ilości spotrzebo-

wanego odczynniku i stopnia zabarwienia lub gęstości osadu przynajmniéj w przybliżeniu ocenić, czy badana woda zawiera odnośny składnik w takiéj ilości, jaką zawierać może.

Eulenberg (Gewerbehygiene, Berlin 1876) podaje jako ostateczne ilości składników dobréj wody do picia, jak następuje;

Części organicznych	0,010 — 0,050	centigrm.	w litrze
Kwasu azotowego	0,004 — 0,006	„	„
Niedokwasu wapniu	0,180 — 0,200	„	„
Chloru	0,020 — 0,080	„	„
Kwasu siarkowego	0,002 — 0,060	„	„
Części stałych	0,100 — 0,500	„	„

Dobra woda nie powinna zawierać ani śladu amonijaku ani kwasu azotawego, jako przechodnich wytworów gnicia. Za płyny porównawcze służą rozczyny amonijaku 0,001 — 0,002 — 0,004 w litrze i kwasu azotowego 0,001 — 0,004, które dają jeszcze bardzo wyrażne oddziaływanie.

Wykrywanie amonijaku. Amonijaku 0,002 w litrze wody daje z kilku kroplami odczynnika Nesslerowskiego bardzo wyraźne żółto-czerwone zmętnienie jodku rtęciowo-amonowego, a nawet 0,001 amonijaku w litrze wody daje z tym odczynnikiem wyraźne zabarwienie żółtawo-czerwone, jak mocz żółty trochę więcéj wyżywny. Ułamek nawet miligrama amonijaku, jak np. w deszczówce można poznać po zabarwieniu żółtawém za dolaniem odczynnika Nesslerowskiego. Dodać atoli muszę, że tylko zabarwienie lub osad czerwonawy albo żółty świadczą o obecności amonijaku, gdyż strącający się osad mleczno-biały pochodzi od soli wapniowych i rozpuszcza się po dolaniu kwasu azotowego, gdy jodek amono-rtęciowy w kwasie tym się nie rozpuszcza. Najlepiéj badać świeżą wodę, dopóki nie utworzył się osad rdzawy wodnika żelazowego. W 10 wodach studziennych krakowskich nie widziałem za pomocą tego odczynnika nawet słabego zabarwienia żółtawego.

b) Do wykrywania kwasu azotawego służy za płyn porównawczy azotan potasowy (0,0045 w litrze) odpowiadający 0,002 kwasu azotowego. 10 centim. sześć. płynu tego z 1 centm. sześć. jodku potasu ze skrobią daje za dolaniem kilku kropli rozwodnionego (3 : 10) kwasu siarkowego początkowo jaśniejsze, późniéj ciemniejące fijołkowe zabarwienie przechodzące po 5 — 10 minutach w ciemno-niebieskie. Odczynnik ten łatwo się rozkłada; dlatego lepiéj mieć rozczyn jodku potasu (1 : 20) wolny od kwasu jodowego i rozpuszczoną bardzo rzadko skrobię zmięszaną z chlorkiem zynku i w czasie badania rozczyn jodku potasu i skrobi równocześnie wlewać do wody. Kwas azotawy jako pośredni wytwór gnicia ma wielkie znaczenie praktyczne a wykrywać go należy przed częściami organicznemi, gdyż odkwasza także rozczyn kameleonu.

W badanych wodach znalazłem zawsze kwas azotawy, chociaż w mniejszéj ilości, niż 0,001, co dowodzi, że są zanieczyszczone częściami kloacznemi ulegającemi gniciu.

c) Wykrywanie części organicznych za pomocą kameleonu (nadmanganezanu potasowego) jest tak dokładne, że 25 centm. wody przekroplonéj zawierającéj 1 kroplę moczu po zakwaszeniu kwasem siarkowym i ogrzaniu wystarcza do zupełnego odbarwienia kameleonu 20 — 25 kropli (0,05 w litrze). Za płyn porównawczy służy rozczyn kwasu szczawiowego, jako 10 razy słabiéj rozkładający się od kwasu próchnicowego.

Postępuje się zaś przy badaniu części organicznych w ten sposób: Zaprawia się 10 centm. sześć. kwasu szczawiowego kwasem siarkowym, ogrzewa i wpuszcza powoli rozczyn kameleonu, aż barwa kameleonu przestanie znikać. Do tego potrzeba 5 centm. sześć. rozczynu kameleonu. Oznaczywszy w ten sposób siłę odkwaszenia kameleonu bada się w taki sam sposób wodę i uznaje się ją za złą, jeżeli nawet w przybliżeniu tyle odbarwia kameleonu, ile kwas szczawiowy.

W tak drobnéj ilości wody nie mogłem wykryć i śladu odbarwienia 1 centm. sześć. kameleonu, nawet po 24 godzinach.

d) Wykrywanie żelaza o tyle jest ważne, że brak jego i kwasu azotawego pozwala z pewnością twierdzić, że odbarwienie kameleonu przypisać należy pierwiastkom organicznym. Celem wykrycia żelaza w wodzie gotuje się ją w rurce odczynnikowéj z kwasem solnym z kilku ziarnkami chloranu potasowego, aby połączenia żelazawe zamienić w żelazowe, a następnie dolewa żelazo-sinku potasu. Niebieskie zabarwienie albo osad błękitu pruskiego świadczą o obecności żelaza.

Badane przezemnie wody zawierają żelazo w tak małéj ilości, że sposobem podanym nie można go wykryć w téj ilości wody małéj, jaka w rurce odczynnikowéj zmieścić się może.

e) Kwas azotowy wykrywa się według Reichhardta w następujący sposób: Kropla wody mięsza się na łyżeczce porcelanowéj z 2 kroplami rozczynu siarkanu brucynowego, poczém dodaje się za pomocą pręcika szklannego 1 — 5 — 15 kropli zgęszczonego kwasu siarkowego. Zabarwienie różowe, czerwono-żółte, albo czerwone, dowodzi obecności kwasu azotowego. Jeżeli go jest wiele np. 0,2 — 0,4 w litrze, wtedy czerwone żywe zabarwienie występuje po pierwszéj kropli kwasu siarkowego. Pięć kropli wystarcza prawie zawsze, a jeżeli po nich nie ma zabarwienia, niewątpliwie jest mniéj kwasu azotowego, niż 0,02—0,03 w litrze. Do porównania służy azotan potasowy (0,024 w litrze). Należy atoli przekonać się pierwéj, czy kwas siarkowy nie zawiera kwasu azotowego.

W badanych wodach zauważyłem już po dodaniu jednéj kropli kwasu siarkowego zabarwienie różowe, z czego można wnosić, że zawierają go bardzo znaczną ilość i że części organiczne przeważnie rozłożone zanieczyszczają takowe.

f) Wykrywanie soli wapniowych. Mąt obłoczkowaty albo zbity za dolaniem szczawianu amonowego pozwala na osądzenie, czy mamy do czynienia z wodą twardą lub miękką. Jeżeli obok tego po dolaniu chlorku baru (1 : 10) powstaje mocny osad, można twierdzić, że woda zawiera wiele gipsu. Boehr używa do oznaczenia twardości wody rozczynu szczawianu amonowego (1 : 24). Mąt przez tenże powstały zwiększa się za dodaniem kilku kropli amonijaku. Jeżeli chcemy oznaczyć także ilość magnezyi, odsącza się mąt szczawianu wapniowego, a do przesączu dolany fosforan amonowy i amonijak dają nam osad fosforanu amono-magnowego. Do porównania służy rozczyn chlorku wapniowego odpowiadający 25 stopniom twardości francuskim, albo 14 niemieckim.

Wody krakowskie dają z tym odczynnikiem osad dość zbity jako wody twarde.

g) Wykrywanie chlorków. Wielka ilość chlorków sama przez się nieszkodliwa dla ustroju służy nam za wskazówkę, że do wody dostają się części organiczne gnilne. Oznacza się je za pomocą rozczynu azotanu srebrowego (1 : 20). Wodę należy pierwéj zaprawić kwasem azotowym. W rozczynie do porównania służącym chlorku sodu (0,0329 w litrze) otrzymujemy mleczne zabarwienie rozpuszczające się w amonijaku. Gdyby zaś osad powstał ze soli wapiennych, amonijak go nie rozpuszcza.

I z tym odczynnikiem otrzymałem w badanych wodach osad o wiele obfitszy i zbitszy.

h) Wykrywanie kwasu siarkowego ma znaczenie, jeżeli woda zawiera wiele gipsu. Do kontroli służy

rozczyn siarkanu potasowego odpowiadający 0,05 kwasu siarkowego w litrze i daje z chlorkiem baru (1 : 10) zmętnienie mleczne. Wody zaś krakowskie dają z nim osad obfitszy i zbitszy.

i) Wykrywa się kwas siarkowodowy dostatecznie po woni, który lepiej czuć po ogrzaniu wody; tém więcej go być musi, jeżeli brunatnieje od niego papierek napojony octanem ołowiowym. Obecność kwasu siarkowodowego obok amonijaku, kwasu azotawego i części organicznych może pochodzić z wytworów gnicia, gdy w wodach twardych pochodzi ze siarkanów zawartych w pokładach ziemi. Jeżeli w wodach śmierdzących wykryć go nie można, wtedy smród przypisać należy węglikom wodu.

Płyny porównawcze i odczynniki mieszczą się w 2 małych szkatułkach obok dwóch miseczek porcelanowych, lampki wyskokowéj, rurek odczynnikowych, pręcików szklannych i innych drobnych przedmiotów potrzebnych do rozbioru. Przyrząd taki nabyć można w aptece Simona w Berlinie za 40 marek, opis jego dokładniejszy znajduje się w *Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medizin u. oeffentl. Sanitätswesen v. Eulenberg* XXV Bd. 2 Hft. 1876.

Sposób badania wody powyższy jest prosty i praktyczny i pozwala oprzeć orzeczenie na dostatecznéj podstawie, na jakiéj zwykle opieramy nasze wnioski w rozbiorze moczu w podobny sposób dla celów praktycznych wykonywanym. Od wprawy zresztą będzie zależeć dokładność i szybkość rozbioru.

W dyskusyi kol. Hoff radzi, aby przed wykrywaniem kwasu azotawego zrobić próbę z wodą przekroploną aby się przekonać, czy jodek potasu nie jest rozłożony, gdyż jodek potasu daje i bez kwasu siarkowego zabarwienie fijoletowe ze skrobią, a kol. Lutostański nadmienia, że kwas siarkowy może być zanieczyszczony kwasem azotawym i wspomina o podręczniku do rozbioru wód Kratschmera uwieńczonym przez wojskowy komitet zdrowia w Wiedniu.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Listy z Vichy.

Dra **Augusta Kwaśnickiego**.

II.

(Dokończenie.)

Spadówki i natryski stósownie do szczegółowego polecenia bywają udzielane z wody słodkiéj i mineralnéj, a za pomocą dziś już upowszechnionego przyrządu ciepłota, siła i kierunek prądu z łatwością dają się regulować. Natryski stósownie do celu pożądanego, dzielą się na rozdzielające, jeżeli kierujemy prąd na przestrzeń zajętą chorobą i na odciągające, jeżeli działamy prądem na części najdaléj położone od narządu chorego.

Wstrzykiwania dzielą się na w. pochwowe i na w. prostnicowe. Dla wstrzykiwań pochwowych używanym bywa dziś upowszechniony przyrząd, składający się ze zbiornika, rury kauczukowéj i kanki: przyrząd służący do wstrzykiwań prostnicowych jest urządzony w następujący sposób: pośrodku misy z klapą, jaka bywa używaną w wychodkach, znajduje się nieruchoma, lecz dająca się odśrubować kanka, będąca zakończeniem mosiężnéj rury, połączonéj z zbiornikiem wody mineralnéj; nizkie osadzenie kanki i jéj objętość dosięgająca grubości małego palca, zapobiegają wszelkiemu zranieniu; usiadłszy na przyrząd zaledwo się dosięga kanki, któréj koniec przystawiamy do zwieracza odbytu, przyczém puszczony prąd wody z łatwością wstępuje do jelita; pod ręką prawą przypada korba, służąca do otwarcia lub zamknięcia prądu, jego zwiększenia lub zmniejszenia; pierwsze wypełnienie prostnicy ma zadanie wypróżnić jelito, drugie i następne przepłukać go, przyczém chory nie wstaje z przyrządu, a tylko zbacza od kanki, posługując się wyżéj wspomnianą misą z klapą. Przyrząd ten oddaje nieocenione usługi w chorobach przewodu pokarmowego i wątroby i w Vichy bardzo często bywa stósowanym, posługują się tu nim do nastrzykiwań międzykrocza, warg sromnych, zwieracza odbytu w celu odciągającym.

Muszę tu jeszcze wspomnieć o zakładzie wodoleczniczym Dra Lardy, sumiennie i umiejętnie kierowanym przez Dra Jardet, który osobiście udziela natrysków i cieszy się świetnemi wynikami kuracyi wodnéj.

Vichy posiada kąpiele z gazu CO_2, przyrządy do wziewania tlenu i gazu CO_2, oraz do rozpylania wody mineralnéj w chorobach połyku i krtani.

Żadne zdrojowisko nie posiada tak bogatéj kazuistyki nieszczęśliwych przypadków, w skutek nieumiejętnego i nadmiernego stósowania wody mineralnéj, jak Vichy: odnosi się to jednak do tych czasów, kiedy w leczeniu trzymano się zasady Petita: „pić aż do nasycenia ustroju". Dzisiejsi lekarze we Vichy zastąpili wszelkie formułki obserwacyją chorego, w początkach jego kuracyi poczynając od niewinnéj dawki pół szklanki z rana, pół szklanki wieczorem, a gdy ustrój bez szkody znosi małą ilość, podnoszą dawkę stopniowo; w każdym razie w Vichy, jak w każdém inném zdrojowisku, w oznaczaniu dawki wody mineralnéj lekarz uwzględnia stan zdrowia, siły, wiek, płeć i stopień znoszenia wody ze strony chorego; temi względami powoduje się on przy oznaczeniu czasu pozostania w kąpieli, która trwa od $1\frac{1}{2}$ do 1 godziny w wannie, a w sadzawce do kilku godzin.

Słowem sumienne ocenienie ze strony lekarza wskazań i przeciwskazań leczniczych w Vichy jest obowiązkiem koniecznym, bo jeżeli woda Vichy jest dzielnym środkiem leczniczym, szkodzi ona zarówno, gdy jest nietrafnie i nieumiejętnie stósowaną.

Jakież jest działanie na ustrój wody Vichy? Pomijając pretensyjonalne wyrazy: „médication fluidifiante, dissolvante, altérante, depurative, excitante, plastique, antiplastique itd., tak często spotykane w dziełach, traktujących o wodach Vichy, przyznaję się, że nie znam farmakologicznéj nazwy, którąby w jedném słowie wyraziła wielostronne działanie wody Vichy; gdy z jednéj strony dwuwęglan sodowy rozrzedza soki odżywcze, działanie podniecające wody Vichy podnoszące siłę i częstość ruchów serca, parcie ościenne w naczyniach, wzbudzające łaknienie, pobudzające szybki obieg soków i wydzielin, regulujące sprawę przyswajania, równoważy działanie osłabiające wody Vichy, względnie dwuwęglanu sodowego. Działanie to pobudzające zależy przedewszystkiem od CO_2, a u osób tkliwych podniecenie układu nerwowego skutkiem użycia większéj ilości wody wywołać może nawet brak snu, ogólne rozdrażnienie, bicie serca i t. p. Zastosowana zewnętrznie woda Vichy ma zadanie higijeniczne, fizyjologiczne, pobudzając funkcyje skóry, która staje się sprężystą i gładką i terapeutyczne, gdyż po kąpieli ilość mocznika powiększa się, a kwasu moczowego maleje, a nakoniec podniecające, dając choremu poczucie siły, lekkości i zadowolenia.

Użyta wewnętrznie działa pobudzająco na błonę śluzową przewodu pokarmowego, podnieca czynności trawienia i reguluje je, zwiększa wydzielenie żółci i moczu, słowem działa na odżywienie ogólne.

Jakież są wskazania i przeciwskazania do zastósowania wody Vichy i w jakich chorobach należy ją polecać?

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dnia 22 Marca. Z ogłoszenia dziekana wydziału lek. w Dorpacie (Dr. Böttchera, prof. anat. patol.), wyjmujemy następującą wiadomość, tyczącą się warunków, pod któremi lekarze zagraniczni mogą uzyskać na tymże wydziale prawo wykonywania praktyki lekarskiéj w cesarstwie rosyjskiém. Do egzaminu zgłaszać się mogą tylko osoby posiadające stopień doktora medycyny, nabyty za granicą; obok dyplomu potrzeba świadectwa dojrzałości i absolutoryjum z odbytych nauk lekarskich. Egzamina odbywają się w języku niemieckim i są wolne od wszelakich opłat; można je zdawać w dwóch odstępach, a mianowicie z przedmiotów przyrodniczych na pół roku przed zgłoszeniem się do właściwego egzaminu ścisłego z gałęzi lekarskich, tak teoretycznych, jako praktycznych. Egzaminy lekarskie zdawać można tylko w miesiącach: styczniu, lutym, marcu, kwietniu, sierpniu, wrześniu i październiku; z nauk przyrodniczych także w czerwcu i grudniu. Po złożeniu egzaminów z postępem odpowiednim kandydat otrzymuje stopień lekarza, który ma daje prawo wykonywania praktyki bez ograniczenia; w miarę wyniku egzaminów wydział udziela kandydatowi prawo wniesienia i bronienia rozprawy inauguralnéj, a następnie udziela mu stopień doktora medycyny. (*St. Petersburger med. Woch. 1877. Nr. 1*).

* Egzaminy lekarzy i weterynarzy w celu uzyskania stałej posady w publicznéj służbie zdrowia przy urzędach administracyjnych, odbędą się w miesiącu maju r. b., dla lekarzy w Krakowie, a dła weterynarzy we Lwowie (p. ogłoszenia).

* Na posiedzeniu swém wczorajszém Wydział lekarski Uniw. Jagiell. przyznał nagrody konkursowe po 200 złr. wa. z funduszu ustanowionego przez ś. p. protomedyka Józefa Jakubowskiego PP. Drom Ferdynandowi Obtułowiczowi i Władysławowi Rychlickiemu.

(*L — ski*). Porównawcza statystyka śmiertelności. W tygodniu VIII (od 18 do 24 Lutego) zmarło w Krakowie osób 44, z tych męż. 29, kob. 15. Roczna śmiertelność na tysiąc mieszkańców wynosi 41·6, w tygodniu VII 58·6). W tymże samym czasie śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła w Edymburgu 19·1, w Brukseli 21·2, w Londynie 22 1, w Frankfurcie nad Menem 23·0, w Dreźnie 24·4, w Hamburgu 25·8, w Warszawie 26·52 (?), w Amsterdamie 26·6, w Dublinie 27·2, w Wiedniu 28·16, w Wrocławiu 29·7, w Królewcu 29·9, w Monachium 31·3, w Chemnitz 32·5, w Gdańsku 36·8, w Tryjeście 37·1, we Lwowie 37·8, w Krakowie 41·6, w Peszcie 45·8. Na ospę zmarło w Brukseli 0·8 na 1000 mieszkańców, w Wiedniu 1·1, w Londynie 1·5, w Krakowie 6·6, w Lille 10·5.

* **Warszawa**. Minister oświecenia publicznego zezwolił na ustanowienie przy katedrze anatomii patologicznéj w uniwersytecie warszawskim posady pomocnika prosektora bez płacy a kurator okręgu zamianował na tę posadę lekarza Antoniego Elsenberga. (*Kur. War.*)

* **Wiedeń**. Członkami centralnéj komisyi dla wystawy paryskiéj zamianowani zostali następujący lekarze austryjaccy: proff. Drasche, E. Hofmann, Mosetig, Schroff sen., i prof. weterynaryi Armbrecht we Wiedniu.

* **Węgry**. Prezesem kr. Rady zdrowotnéj zamianowany został Dr. Seb. Kovacs; nadto minister spraw wewn. zamianował 19 członków nadzwyczajnych tejże Rady, a pomiędzy nimi 12 przypada na prowincyją, 9 na stolicę.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Hueter wybrany został rektorem uniwersytetu w Gryfii. — Dr. Pelechin mianowany zw. prof. akademii lek. chir. w Petersburgu; Dr. Heubel nadzw. prof. farmakologii w Kijowie; Dr. Sławiansky nadzw. prof. położnictwa w Kazaniu; rzeczywistymi radzcami stanu proff. Vogel i Holst w Dorpacie i Seifmann w Kazaniu, radzcą stanu prof. Manassein w Petersburgu. — Prof. Mauthner w Insbruku otrzymał dymisyją, o którą był prosił, i przenosi się do Wiednia. W uznaniu atoli zasług jego jako uczonego i jako nauczyciela N. Pan zezwolił, aby zatrzymał nadal tytuł prof. zw. uniwersytetu. — Dr. Cramer, dyrektor zakładu dla obłąkanych w Marburgu, mianowany został prof. zw. wydziału tamecznego lek. — Dr. E. Bidder mianowany prof. położnictwa w Petersburgu.

Dr. Iwaszkiewicz lekarz miejski w Wilnie zamianowany dyrektorem tamecznego 2go przytuliska dla dzieci

* Stopień doktora wszech nauk lek. otrzymali na Uniw. Jagiell. w d. 17 b. m. PP. Władysław Tatarczuch, rodem z Krakowa, Sebastyjan Mach z Bud Łańcuckich w Galicyi i Julian Dalkiewicz z Listwina na Litwie; a w d. 20 b. m. PP. Wilhelm Strzechowski z Rzeszowa i Stanisław Balko z Tarnowa.

* **Nekrologija**. W Londynie † Dr. Murphy były prof. położnictwa w University College, licząc lat 74. — W Paryżu † Henryk Ferd. Dolbeau, prof. patologii chir. w wydz. lek. licząc lat 46.

Dnia 19 bm. umarł w Krzeszowicach Dr. Jan Oszacki, lekarz praktyczny i kolejowy, członek koresp. naszego Tow., w sile wieku, z udaru mózgowego. Zmarły urodził się w Krakowie, tu kończył nauki i pełnił przez krótki czas obowiązki asystenta przy katedrze anatomii. W r. 1855 przyjął posadę lekarza szpitalnego oraz lekarza domowego hr. Adamów Potockich w Krzeszowicach, a jako biegły chirurg miał sposobność w r. 1863 niesienia pomocy swéj skutecznéj rannym w szpitalu krzeszowickim umieszczonym. Używając wielkiego wzięcia jako lekarz praktyczny był niezmordowanym w pełnieniu swych obowiązków; to też najczęściéj tylko podczas jazdy można było rozmówić się z nim. Wzywano go na narady lekarskie z miejsc dość odległych, a nawet zjeżdżali się z dalekich stron chorzy do niego, pomimo, że z góry wiedzieli, że wypadnie im czekać dość długo na radę lekarską. Legł on jak żołnierz na placówce; zmarł nie złamany ani wiekiem ani chorobą długotrwałą. Pokój jego cieniom!

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. Z. D. w Kałuszu: Dar szan. Kolegi dla biblijoteki Tow. lek. z podziękowaniem przyjmuje; szczegóły listownie. — **Dr. S. w Warszawie**: Na zapytanie szan. Kolegi mamy zaszczyt odpowiedzieć, że artykuł Kol. Domańskiego znajdował się w tece naszéj już przed nowym rokiem, i że tylko dla nawału artykułów i z powodu, że grzeczność każe nam dać pierwszeństwo pracom współpracowników zamiejscowych, dotąd nie został jeszcze w całości umieszczonym.— **Dr. J. S.— r. we Lwowie**: Dziękujemy za otwarte zwrócenie nam uwagi, że artykuł szan. Kolegi przesłany równocześnie nam i w języku niemieckim do Berlina, został już ogłoszony w *Med. Centralzeitung*; żałujemy więc, że trzymając się zasady raz na zawsze przyjętéj, z artykułu szan. Kolegi korzystać nie możemy.— **Dr. A. J. L. we Wiedniu**: Przesyłkę otrzymaliśmy; listownie więcéj, jak skoro chwilę wolną znajdziemy.

PP. Prenumeratorowie, którym z ostatnim dniem b. m. kończy się prenumerata, zechcą ją jak najwcześniéj odnowić, aby zapobiedz przerwom w przesyłce.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 2234. **OGŁOSZENIE.**

W myśl rozporządzenia Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 Września 1875. r. odbędą się egzamina lekarzy i weterynarzy przepisane rozporządzeniem z 21 Marca 1873 r. (dz. u. p. L. 37) w celu uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy urzędach administracyjnych w miesiącu Maju b. r. dla lekarzy w Krakowie, dla weterynarzy we Lwowie.

Prośby o przypuszczenie do tegoż mają być wniesione najdaléj do 15 Kwietnia b. r. do c. k. Namiestnictwa we Lwowie przdz odpowiednie c. k. Starostwa i zaopatrzone w dowodody wymagane § 7 względnie 17 powyżej powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyum c. k. Namiestwa.

We Lwowie dnia 17 Marca 1877.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.